

# Antrag auf Umstellung meiner Pflegeleistungen

Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich beantrage ab dem \_\_\_\_\_ die Umstellung meiner derzeitigen Leistung in folgende Leistung:

- Geldleistung (Unterstützung durch eine private Pflegeperson)
- Sachleistung (Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst)
- Kombination aus Geld- und Sachleistung

Ergänzend zu den beantragten Leistungen haben Sie die **Möglichkeit auf einen zusätzlichen Geldbetrag (Entlastungsbetrag) in Höhe von 125,00 €**. Dieser finanziert zum Beispiel Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sofern Sie Kosten haben, die diese 125,00 € monatlich übersteigen, können Sie den restlichen Eigenanteil auf die Sachleistung, die Geldleistung oder die Kombination aus beidem anrechnen lassen, sofern die Leistungen nicht vollständig vom Pflegedienst verwendet werden.

**Haben Sie noch Fragen dazu? Gerne berate ich Sie. Bitte rufen Sie mich an.**

- Ich beantrage die Anrechnung von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf die Sachleistung, Geldleistung oder die Kombination aus beidem.

**Ich werde gepflegt von:**

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeperson/des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Adresse der Pflegeperson/des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Gegebenenfalls Name und Adresse der zweiten Pflegeperson

**Wenn die Pflege durch eine private Pflegeperson erfolgt, bitte zusätzlich ausfüllen:**

Beginn der Pflege \_\_\_\_\_ gegebenenfalls Ende der Pflege \_\_\_\_\_

Seit wann besteht der Pflegeaufwand? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Für wie viele Stunden/Minuten besteht der Pflegeaufwand? \_\_\_\_\_ Stunden/Minuten

Auf wie viele Tage in der Woche verteilt sich der Pflegeaufwand? \_\_\_\_\_ Tage

An welchen Tagen in der Woche erfolgt die Pflege?

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag  Sonntag

**Teilen Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten\* mit:**

Festnetznummer privat \_\_\_\_\_

Handynummer privat \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Festnetznummer geschäftlich \_\_\_\_\_

Handynummer geschäftlich \_\_\_\_\_

**Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:**

---

---

Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 66 Abs. 1 SGB I erforderlich. Die Daten sind für die Bearbeitung der Pflegeleistungen nach §§ 28 Abs. 1, 94 Abs. 1 SGB XI zu erheben. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter [sbk.org/datenschutz](http://sbk.org/datenschutz) oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

\*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an [widerruf@sbk.org](mailto:widerruf@sbk.org) oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter